

Contributions à l'étude
DE LA
POURRITURE D'HOPITAL
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le Vendredi 27 Avril 1883

PAR

CÉLESTIN PAGÈS

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à La Roquebrun (Cantal), le 17 octobre 1852



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C^{ie}

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

Avril 1883

Contributions à l'étude

DE LA

POURRITURE D'HOPITAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le Vendredi 27 Avril 1883

PAR

CÉLESTIN PAGÈS

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à La Ròquebrou (Cantal), le 17 octobre 1852



LYON

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE A. WALTENER ET C.

14, RUE DE LA BELLE-CORDIÈRE, 14

Avril 1883

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN
BONDET	ASSESEURS
CROLAS	
MONOYER	

PROFESSEURS, PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie	}	MM. PAULET.
Physiologie		PICARD.
Anatomie générale et Histologie	}	MORAT, prof. délégué.
Anatomie pathologique		RENAUT.
Médecine expérimentale et comparée	}	PIERRET.
Chimie minérale		CHAUVEAU.
Chimie organique et toxicologie	}	GLÉNARD.
Physique médicale		CAZENEUVE.
Zoologie et Anatomie comparée	}	MONOYER.
Pharmacie		LORTET.
Pathologie interne	}	CROLAS.
Pathologie externe		BONDET.
Pathologie et Thérapeutique générales	}	BERNE.
Hygiène		LÉTIÉVANT, prof. adjoint
Thérapeutique	}	MAYET.
Matière médicale et Botanique		ROLLET.
Médecine légale	}	SOULIER.
Médecine opératoire		CAUVET.
Cliniques médicales	}	LACASSAGNE.
Cliniques chirurgicales		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	TEISSIER.
Clinique ophtalmologique		LÉPINE.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	}	RAMBAUD, prof. adjoint
Clinique des Maladies mentales		OLLIER.
		TRIPPIER (LÉON).
		BOUCHACOURT.
		DELORE, prof. adjoint.
		GAYET.
		GAILLETON
		X...

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes	MM. LAROYENNE	Chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants	PERROUD	Chargé du cours

Professeur honoraire : M. DESGRANGES.

AGRÉGÉS			CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ	
MM. ARLOING.	MM. LAURE.	MM. TEISSIER.	MM. BERGEON.	MM. DRON
BOUVERET.	LEVRAT.	VINAY.	CHANDELUX	MARDUEL
CHAPUIS.	PERRET.	VINCENT.	CHARPY	MOLLIÈRE
DUCHAMP.	SICARD.		COLRAT	R. TRIPIER

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, Président; M. LÉTIÉVANT, Assesseur; MM. LAROYENNE et BOUVERET, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

GENÉRALITÉ DE LA FACULTÉ

MAINTENANT, LE DROIT DE LA FACULTÉ
EST EN VOIE D'ÊTRE RÉVISÉ

EXAMENS DE LA FACULTÉ

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

EXAMENS DE LA FACULTÉ

EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ
EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ
EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ
EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ
EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ	EXAMENS DE LA FACULTÉ

EXAMENS DE LA FACULTÉ

MAINTENANT, LE DROIT DE LA FACULTÉ
EST EN VOIE D'ÊTRE RÉVISÉ

MAINTENANT, LE DROIT DE LA FACULTÉ
EST EN VOIE D'ÊTRE RÉVISÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR OLLIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon

A MONSIEUR LALLOUR

Médecin principal de la Marine en retraite

AVANT-PROPOS

La pourriture d'hôpital a été observée à l'hôpital principal de la Marine à Toulon dans le courant de 1882 et au commencement de 1883.

Décrire sommairement les lieux et les conditions dans lesquelles s'est montrée cette redoutable complication des plaies; relater cliniquement les faits observés; jeter sur eux un coup d'œil d'ensemble et les comparer avec ceux dont les auteurs nous ont laissé la description; en déduire quelques conclusions pratiques au point de vue de la prophylaxie et du traitement; tel a été notre but en écrivant ce modeste opuscule, pour lequel nous ne saurions trop demander l'indulgence de nos juges.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554212_0044

Milieu et condition dans lesquels s'est montrée la pourriture.

L'hôpital principal de la marine à Toulon, qui est en même temps le siège d'une école de médecine navale, a tous les inconvénients des hôpitaux urbains, avec cette circonstance aggravante, que Toulon n'est pas, tant s'en faut, une ville modèle en matière d'hygiène. Ses rues sont étroites, tortueuses, bordées de hautes maisons ; l'insuffisance du drainage souterrain est telle, qu'une plume naturaliste pourrait seule en décrire tous les inconvénients.

Cet hôpital est un ancien couvent, construit comme une caserne à la Vauban. Un rectangle à grands côtés orientés de l'est à l'ouest, avec une cour centrale ; un pavillon prolongeant au nord le petit côté ouest, le tout à deux étages, destinés, l'inférieur aux fiévreux, le supérieur aux blessés ; telle est, sommairement, la description des lieux. Nous n'avons pas à faire la critique d'un mode de construction aussi suranné.

Son aération est insuffisante. Il est entouré de

hautes constructions de tous côtés, sauf au nord où l'on trouve une cour spacieuse.

Le pavillon dont nous avons parlé plus haut, donnant sur cette cour et relativement isolé, présente plus de garanties de salubrité que le reste de l'hôpital.

La ventilation laisse beaucoup à désirer. Par le fait du mode de construction, l'hôpital renferme de nombreux recoins, des corridors où l'air circule peu et où la lumière pénètre difficilement. Partout des séparations, des cloisons plus ou moins complètes, des angles. C'est surtout dans la partie ouest (service de M. le médecin en chef Barthélemy, clinique chirurgicale) que ces inconvénients s'exagèrent ; aussi verrons-nous presque tous les cas de pourriture se produire dans ce service.

Tous les ans, à la fin de Mai, les salles sont successivement évacuées et blanchies à la chaux.

La propreté journalière est faite avec le plus grand soin. Les pansements, confiés aux aides-médecins et aux étudiants, ne laissent rien à désirer. Les instruments en service sont l'objet d'une surveillance scrupuleuse.

Les différents objets de pansement sont de bonne qualité et séjournent peu dans les salles.

D'après les renseignements pris auprès de M. l'agent-comptable des hôpitaux, les approvisionnements de ces objets sont renouvelés au moins tous les six mois. Il est regrettable que les magasins se trouvent dans l'hôpital même. La nourriture des malades est largement suffisante. Enfin, les salles des blessés n'ont pas à redouter le voisinage de salles de malades

atteints de fièvres typhoïde, éruptives, puerpérale, de diphtérie; ces affections sont traitées dans un autre hôpital de la Marine, celui de Saint-Mandrier, loin de la ville.

L'infection purulente et putride sont fréquemment observées dans cet hôpital; depuis 1870, on n'y avait pas vu de pourriture.

Marche.

Sous une influence inconnue, la pourriture apparaît dans le service de M. le professeur Rouvier (partie est de l'hôpital), les 26 et 27 avril 1882, sur deux blessés en traitement. Ces hommes guérissent rapidement. A la fin de mai, la salle est blanchie à la chaux; la pourriture n'y reparaît plus.

Le 12 juin, premier cas à la clinique chirurgicale, suivi de six autres, dont le dernier se produit le 28 août.

En septembre, pluies torrentielles, plus de nouveaux cas. Y a-t-il là une relation de cause à effet.

En janvier et février, elle reparaît, faisant neuf victimes, dont une succombe à une administration de chloral (toujours à la clinique chirurgicale).

Appelé à reprendre bientôt la mer, nous n'avons pu suivre jusqu'au bout les derniers cas; ils ont présenté une gravité et une durée exceptionnelles.

Pour ne pas nous exposer à des redites, voici

quelles mesures furent prises pour le traitement des malades atteints de pourriture. Dès l'apparition de l'enduit pultacé, ils étaient dirigés sur une salle portant le numéro 8, au deuxième étage du pavillon dont nous avons essayé d'établir la salubrité relative. Lavages fréquents, aération constante, ventilation en hiver par un poêle (une cheminée, comme le voudrait M. Rochard, était difficile à installer) ; enlèvement de la literie des lits non occupés ; écartement aussi grand que possible des lits occupés ; pansements (toujours par occlusion) faits dans une atmosphère phéniquée ; objets de pansement ayant servi jetés immédiatement dans une solution phéniquée, rien ne fut négligé. L'isolement absolu des malades avait été matériellement impossible malheureusement.

Afin de préserver les autres salles, un personnel et un matériel spécial furent affectés à ce service.

Relation clinique.

OBSERVATION I

Baron, François, 28 ans, ouvrier à l'Arsenal, entré le 12 avril 1882 dans le service de M. le professeur Rouvier.

Il est porteur d'un engorgement ganglionnaire de la région parotidienne droite. On ouvre à la pâte de Vienne en un point fluctuant ; la plaie est pansée au calomel et au styrax. Sirop d'iodure de fer, décoction de quina.

23 avril. Les lèvres de la plaie se décollent ; rougeur autour des bords. Pas de couleur. Pansement coaltaré.

29. La plaie est recouverte d'un enduit blanchâtre, résistant, adhérent. Le décollement augmente en profondeur ; douleurs vives, insomnie. Pansement coaltaré. Quelques points de pâte de Vienne autour de la plaie. Potion calmante.

28. Hémorrhagie par la plaie. On la touche avec un pinceau imbibé de perchlorure. La douleur nécessite l'emploi du chloral.

5 mai. Sous l'influence de cet agent, administré à plusieurs reprises, prostration, pas de fièvre. L'enduit pultacé a reparu, il est cette fois friable, facile à enlever. On touche encore au perchlorure.

10. La plaie bourgeonne, suppuration franche. Pansement coaltaré. Plus de douleur ; l'appétit, qui avait disparu pendant l'emploi du chloral, revient.

25. La cicatrisation est complète.

OBSERVATION II

Dupont, Charles, brigadier d'artillerie de marine, 24 ans, entré dans le même service le 17 avril 1882, pour phlegmon de la jambe gauche. Incision, mèche, cataplasme arrosé de solution coaltarée. Un laxatif, régime léger.

25. La plaie bourgeonne, le membre a repris son apparence normale. Appétit, pas de douleur.

27. Décollement des lèvres de la plaie, rougeur autour des bords. A partir de ce moment, la plaie se comporte sensiblement comme celle de l'observation 1. Le malade sort guéri, le 29 mai.

OBSERVATION III

Le Touzé, Guillaume, 17 ans, novice à bord du *Trident*. Blessé à bord le 15 mai ; entré le 3 juin à la clinique chirurgicale. Plaie lacéro-contuse de la jambe gauche, avec décollement et phlegmon consécutifs. Le phlegmon a été ouvert à bord. État général peu satisfaisant ; un peu de fièvre vespérale, œdème du membre intéressé, douleurs articulaires. Sulfate de quinine, 0,60. Potion avec 4 gr. d'extrait de quinquina ; quart d'aliments. Pansement coaltaré.

8 juin. La suppuration est franche et abondante ; l'état général s'améliore.

10. La suppuration diminue brusquement, les bords se décollement.

12. Enduit pultacé sur la plaie, épais et résistant, peu de douleur. On enlève la fausse membrane avec une spatule, on cautérise au thermo-cautère.

17. Amélioration, pansement phéniqué.

29. Fièvre, rougeur, empâtement du membre jusqu'au condyle externe, érysipèle. Laxatif, poudre d'amidon.

9 juillet. La cicatrisation est presque complète.

Les bords se recollent.

13. Il se forme une ulcération sur la face dorsale du pied ; elle se recouvre le 15 d'enduit pultacé. On cautérise au thermo-cautère ; guérison rapide.

OBSERVATION IV

Vallières, Jean, 21 ans, matelot à la Division.

Entré le 24 juin à la clinique chirurgicale. Phlegmon de l'ais-

selle qu'on incise le 26. Le 30, la plaie est envahie par les fausses membranes ; peu de douleurs, pas de réaction générale. On touche au perchlorure.

Régime tonique.

6 juillet. Amélioration, bourgeons de belle apparence ; pansement phéniqué.

13. Nouvelle apparition de fausses membranes ; décollement qu'on incise, et sous lequel on trouve aussi de l'enduit pultacé. Fièvre qui dure plusieurs jours (température : 38. 5 le matin, 39. 3 le soir ; pouls à 106.

On cautérise à plusieurs reprises avec le thermo-cautère. Amélioration rapide.

Guérison définitive et sortie le 31 juillet.

OBSERVATION V

Lesage, François, 21 ans, apprenti-canonniier (*Souverain*). Entré à la clinique le 13 Juin pour phlegmon de l'avant-bras consécutif à une brûlure.

Incision, cataplasme, charpie coaltarée, laxatif, aliments légers.

15. État général satisfaisant ; plaie en bonne voie.

27. On constate un décollement à la partie externe ; on fait une contre-ouverture et on met un drain en place.

1^{er} juillet. La plaie récente est envahie par les fausses membranes. On touche au perchlorure.

9. On incise le pont formé par le décollement. On trouve les tissus sous-jacents envahis par la pourriture. On touche au perchlorure.

16. Recrudescence de l'exsudat après un semblant d'amélioration. Pas de sensibilité à la cautérisation. La couenne gagne en profondeur, peu en surface ; elle est épaisse, résistante, adhérente. On aperçoit des filets nerveux disséqués, dont le ti-

raillage est très douloureux. On cautérise au thermo-cautère.

18. L'eschare se détache, on trouve au dessous une plaie d'aspect satisfaisant. Suppuration modérée. Pansement phéniqué.

Le 24. Les fausses membranes reparaissent. On cautérise de nouveau au thermo-cautère ; l'eschare se détache le 28, laissant à nu une plaie rouge et bourgeonnante. Quelques points suspects sont touchés au perchlorure.

4 août. Les bords, jusque là restés décollés, s'applatissent ; plus de fausses membranes, suppuration franche et abondante. On retire le drain.

Le 10, le malade est réintégré dans la salle commune. Pas de récédive.

OBSERVATION VI

Plau, Adrien, conducteur d'artillerie, 22 ans. Entré le 10 juin pour carie costale consécutive à un coup de pied de cheval. Tumeur fluctuante à ce niveau. On incise. La plaie passe par les mêmes phases que la précédente ; est traitée de même. Guérison complète et sortie le 7 août.

OBSERVATION VII

Cresson, Augustin, artilleur de marine, 23 ans. Entré à la clinique chirurgicale le 1^{er} juillet 1882. Adénite inguinale torpide, La tumeur est vidée à l'entrée (elle l'avait déjà été six mois auparavant). Quatre jours après, envahissement par l'enduit pultacé de la plaie résultant de l'incision. Cautérisation au perchlorure, pansement phéniqué, régime reconstituant.

13. Vaste décollement. Contre-ouverture, drain ; injections au perchlorure, douleurs atroces.

22. Sous l'influence de cautérisations répétées, l'enduit disparaît. Induration de la masse ganglionnaire.

24. Hémorrhagie abondante. La plaie se creuse en entonnoir. Tampon imbibé de perchlorure.

30. Amélioration marquée.

6 août. Douleurs vives. La teinte grisâtre reparaît. Perchlorure.

10. La cavité se comble.

13. Fièvre, constipation (température à 39°, pouls à 107). Eau de Sedlitz.

17. Œdème du membre inférieur intéressé. Rien d'anormal dans les urines. Orge nitrée. Vin de quina.

22. La fièvre reparaît. Traitement approprié.

1^{er} septembre. Amélioration très marquée de l'état général et local. On retire le drain.

12 Les fausses membranes reparaissent. Cautérisation répétées avec le thermo-cautère.

12 octobre. L'amélioration s'est produite très lentement. Les premiers bourgeons apparaissent. On panse avec le mélange de camphre et de jus de citron. La guérison se fait avec induration.

OBSERVATION VIII

Le Queffeleu, matelot, 24 ans. En traitement depuis longtemps à la clinique pour une tumeur maligne ulcérée de la région cervicale droite. Pansement phéniqué, vin de quina, iodure de fer, drainage de la tumeur.

8 juillet. Enduit pultacé aux orifices des drains. Les régions voisines se couvrent de vésicules pleines d'un liquide citrin, bientôt remplacé par un enduit membraneux. Les plaies se creusent en entonnoir. Pas de décollement des bords.

On touche au perchlorure ; régime tonique État stationnaire.

Les régions voisines se couvrent de plaques spécifiques, au nombre de plus de cinquante. L'iodoforme et le perchlorure échouent successivement. On cautérise les plaques au thermocautère, par groupes.

En octobre seulement, les plaques disparaissent, l'ulcération et la douleur persistent au niveau de la tumeur.

OBSERVATION IX

Dieulangard, Jules, 24 ans, matelot. A subi, il y a deux mois, l'ablation des deux derniers orteils du pied droit. Abscès fistuleux correspondant au cinquième métatarsien. Entré à la clinique le 3 juillet.

Le 6. Issue par la fistule d'un fragment d'os nécrosé.

Le 11. Envahissement de la plaie par une membrane friable, hémorragique. On touche au perchlorure à plusieurs reprises ; pansement phéniqué.

Le 24. Plus d'enduit pultacé, suppuration franche.

Le 30. L'enduit reparaît. On intervient avec le thermocautère (tous les trois jours).

Le 19 août. Les plaques disparaissent définitivement.

Guérison parfaite et sortie le 13 septembre.

OBSERVATION X

Le Carpenter, Charles, matelot.

Entré le 20 août, à la clinique chirurgicale, pour brûlure de l'avant-bras.

Le 28. Plaques pultacées. On les enlève, on touche à plusieurs reprises au perchlorure. Guérison le 10 septembre.

OBSERVATION XI

Segond, André, 32 ans, ouvrier aux constructions navales. Entré le 7 décembre 1882, à la clinique. A eu l'avant-bras droit pris dans un engrenage de treuil. Fracture du cubitus, déchirure de l'artère cubitale qu'on lie aux deux bouts, dilacération des parties molles du bord cubital de l'avant-bras et de la main. Pansement coaltaré.

Un peu de fièvre les jours suivants ; douleurs lancinantes.

Le 8 janvier. Plaie rosée, suppuration modérée.

16. Douleurs au niveau du coude. Plaie de position, pansement approprié.

18. En relevant la charpie coaltarée, on trouve la plaie couverte d'enduit pultacé, consistant, indolent. Œdème jusqu'au coude. Érosions circulaires sur la région postérieure de l'avant-bras. État général très satisfaisant.

Les diverses plaies, touchées au perchlorure, ne s'améliorent pas sensiblement. On promène le thermo-cautère à leur surface.

6 février. Les pseudo-membranes disparaissent, la plaie bourgeonne ; le blessé est évacué sur l'hôpital de Saint-Mandrier, où la cicatrisation continue son cours régulièrement.

OBSERVATION XII

Tanguy, Jean-Marie, matelot. Carie du sacrum à la suite d'une blessure dans cette région. Entré le 28 à la clinique, présente un trajet fistuleux, conduisant sur une portion dénudée du sacrum. Régime tonique, iodure de fer, injections iodées.

6 janvier. On enlève un fragment d'os nécrosé.

22. La plaie devient douloureuse surtout la nuit.

25 . Elle se recouvre d'un enduit grisâtre. Éruption papuleuse autour. Les bords se décollent. Perchlorure de fer, pansement phéniqué.

27. L'eschare tombe, laissant à nu une plaie d'un bel aspect. Pansement phéniqué.

31. Les douleurs, et puis l'enduit reparaissent. On cautérise à plusieurs reprises, tous les trois jours, avec le thermo-cautère. On dépose sur les plaies qui ont succédé aux papules du perchlorure de fer solide.

13 février. Le thermo-cautère s'est montré plus efficace que le perchlorure ; on l'emploie pour toutes les plaies.

21. Le fond de toutes les plaies bourgeonne.

1 mars. Tout a disparu, pourriture, plaies et fistule.

OBSERVATION XIII

M. P. aide médecin de la Marine. Porteur d'une écorchure à la face dorsale de la main gauche, M. P. obligé par son service de médecin de garde à aller dans les diverses salles, voit survenir, à la surface de la petite plaie, le 25 janvier, un enduit blanchâtre.

Le 26, l'enduit est épais, adhérent ; forme ellipsoïde de la plaie, bords décollés. Cautérisation au perchlorure.

29. La plaie, qui a environ un centimètre de long sur sept millimètre de large, est toujours recouverte par l'exsudat ; elle ne paraît s'accroître ni en surface ni en profondeur.

On la panse à l'iodoforme.

10 février. La plaie présente encore deux points suspects. On les touche au perchlorure ; pansement à l'iodoforme.

12. La plaie bourgeonne.

16. La cicatrisation est parfaite.

M. P... qui a été soigné en dehors de l'hôpital n'a pas présenté de symptômes généraux.)

OBSERVATION XIV

Le Hen, Claude, matelot.

Entré à la clinique le 24 janvier, pour phlegmon de la jambe droite, qu'on ouvre le 26.

La plaie provenant de l'incision se couvre le 1^{er} février de fausses membranes. Cautérisation au thermo-cautère.

Le 5. Amélioration marquée.

Le 21. Rechute. On cautérise au thermo-cautère.

Le blessé se plaignant de vives douleurs, on lui prescrit, le 24, une potion avec 4 grammes de chloral, à prendre par petites fractions.

Trompant la surveillance de l'infirmier, il boit la potion d'un seul trait. Avant que le médecin de garde, immédiatement appelé, soit arrivé auprès de lui, le malheureux a succombé.

L'autopsie, faite 26 heures après la mort, permet de constater que le *chloral* ? a joué vis à vis de la muqueuse stomacale le rôle d'un poison irritant et corrosif.

Ni chloral, ni chloroforme, ni chlore dans les voies digestives.

Nous n'avons pu suivre jusqu'au bout cinq autres malades atteints de pourriture.

Deux d'entre eux, depuis longtemps en traitement pour abcès et décollements, ont vu débiter la pourriture par les orifices des drains. Etat stationnaire.

Un enfant de troupe tuberculeux, porteur d'une tumeur drainée, a vu la pourriture débiter de la même façon. Les symptômes thoraciques ont marché avec une rapidité désolante. Guéri de la pourriture

et envoyé dans sa famille, il a dû rentrer vingt jours après à la suite d'une hémoptysie. La pourriture a reparu immédiatement; l'état général s'est considérablement aggravé.

Le quatrième, entré à la clinique avec un traumatisme considérable d'un membre inférieur, a présenté des symptômes généraux et locaux de la plus haute gravité. Le thermo-cautère a dû être largement employé. Probablement à cause de la position horizontale trop longtemps conservée, il a présenté des symptômes thoraciques peu graves. Amélioration notable depuis. Enfin un homme de 51 ans, présentant tous les attributs de la misère physiologique et porteur d'une tumeur ulcérée du rectum, a été atteint de la pourriture au niveau de l'ulcération.

Coup d'œil d'ensemble.

M. Rochard, inspecteur du Service de Santé de la Marine, définit la pourriture d'hôpital : une altération particulière des plaies, caractérisée par une exsudation pseudo-membraneuse à leur surface, [le ramollissement putride et la fonte des tissus sous-jacents.

Le Bourdellès (thèse de Paris, 1872), ajoute à cette définition, d'après Beau, la notion d'infecto-contagion. Nous avons vu dans presque tous les cas des décollements se produire.

Nous définirons donc la pourriture d'hôpital : une altération particulière des plaies, de nature infecto-contagieuse, caractérisée par une exsudation pseudo-membraneuse à leur surface, le ramollissement putride et la fonte des tissus sous-jacents et périphériques.

Étiologie. — Les auteurs citent, parmi les causes prédisposantes, le traitement des blessés dans des lieux obscurs, mal aérés, voisins d'un cloaque. Si on veut se rapporter à notre description de l'hôpital et de la ville, on trouvera ces conditions réalisées. Les auteurs citent encore : la malpropreté, la mauvaise alimentation, le mauvais état des instruments et objets de pansement, les pansements mal faits ; ces conditions, qui n'ont pas existé ici, ne sont donc pas indispensables.

En revanche, si les salles de blessés n'ont pas eu à subir l'influence du voisinage de varioleux ou de typhiques, l'état sanitaire de la ville n'a dû que trop influer défavorablement sur elles. Toulon doit aux imperfections de son système de voirie de fréquentes épidémies de fièvre typhoïde, puerpérale, et de diphtérie ; ces maladies régnaient dans la population civile et la garnison en juillet 1882 et en février 1883, c'est-à-dire aux époques où se sont produits les plus nombreux cas de pourriture à l'hôpital principal.

Si nous ne sommes pas en présence des effets de l'encombrement, nous n'oserions pas dire que l'insuffisance de la ventilation et de l'aération n'a pas joué le rôle de ce dernier facteur. Nous n'avons pas eu à observer cette complication chez les hommes

surmenés, affaiblis par les privations. Quant aux sujets porteurs de mauvais états généraux, cancer, tuberculose, ils figurent en petit nombre à côté de blessés sains et vigoureux.

Les variations thermométriques et hygrométriques paraissent aux divers auteurs sans influence sur le développement de l'affection. C'est ce qui ressort clairement de notre exposé. Le mois de juillet avec son ciel implacable et sa chaleur torride, celui de février avec sa température relativement basse et ses pluies fréquentes, ont présenté le plus grand nombre de cas. Le froid humide ne paraît agir que par l'obstacle qu'il apporte à la ventilation des salles.

Quant aux causes déterminantes, la contagion est la principale. Le fait d'Ollivier s'inoculant positivement la pourriture, celui de Pouteau la contractant à l'Hôtel-Dieu de Lyon, sont connus de tout le monde. L'observation de M. P..., aide-médecin de la Marine, nous paraît aussi concluante.

La contagion est-elle la seule cause déterminante? Oui, disent MM. Rochard, Woff et d'autres auteurs. Elle se fait par des germes organisés, probablement des microzoaires, qui flottent dans l'air en poussière ténue, se déposent sur les murs et les boiseries, et présentent à la destruction une très grande résistance. Pas de pourriture possible sans contagion préalable.

D'autres auteurs sont d'un avis contraire, et, nous en demandons humblement pardon à notre savant inspecteur, mais nous partageons ce dernier.

Le Bourdellès (thèse déjà citée) dit : tant qu'à la

suite des batailles les blessés restèrent disséminés, la pourriture fut inconnue.

Dans le cas présent, l'élément contagieux n'a pu être apporté du dehors par le personnel; la pourriture n'a pas existé en ville, elle n'a pas été apportée par les navires, qui d'ailleurs envoient leurs malades à Saint-Mandrier, où la pourriture ne s'est pas montrée. Nous ne sommes pas dans une de ces époques, semées de circonstances tragiques, où on a dû employer de la charpie lavée, par exemple. D'après ce que nous avons dit de la rapidité avec laquelle s'écoulaient les approvisionnements d'objets de pansement, nous ne pouvons croire que la contagion ait été introduite à l'hôpital par leur intermédiaire. Tout au plus de la charpie, de la tarlatane, mises en service en janvier et février 1883, ont pu être contenues dans des sacs ayant séjourné à l'hôpital en mai ou juin 1882; mais alors comment expliquer les premiers cas? Il faudrait admettre que les germes infectieux ont pu résister pendant onze ans à de nombreuses désinfections, sans trouver une occasion, dans un pareil laps de temps, de manifester leur action nocive. Nous avouons qu'il nous paraît plus naturel d'admettre que l'atmosphère nosocomiale peut produire à elle seule la pourriture, dans certaines conditions.

Le développement de cette complication serait dû pour quelques auteurs, à l'altération morbide des organes de la digestion. Wolff, Rochard, Beau sont d'un avis tout à fait opposé. Dans les cas observés, nous voyons les troubles digestifs suivre l'apparition des fausses membranes, ne la précéder jamais. Du

reste, comme l'ont observé beaucoup de chirurgiens, et en particulier M. Ollier, les pansements par occlusion, suffisent, dans un milieu infecté pour préserver les plaies. Qu'on prenne deux blessés dans deux lits voisins, que la plaie du premier soit laissée à découvert, celle du second traitée par l'occlusion, il est probable, il est sûr que la première plaie sera compliquée seule de pourriture; et pourtant, les deux malades, vivant dans la même atmosphère, nourris sensiblement de même, auront été également exposés à une altération morbide des organes digestifs et autres.

Beau admet d'ailleurs que la pourriture est une maladie toute locale. Qu'on examine, dit-il, un blessé dont une articulation est ouverte, mais indemne de pourriture, et un blessé porteur d'une plaie ordinaire atteinte par cette complication. Le premier présente des frissons, de l'anorexie, du délire, etc; l'autre est dans un état général satisfaisant.

Le Bourdellès, pour établir que la pourriture est purement locale, fait remarquer que deux plaies voisines ou deux parties d'une même plaie, inégalement traitées, présentent des différences notables dans leur aspect.

M. Rochard dit que la pourriture peut envahir toutes les plaies. Nous l'avons vue apparaître sur des brûlures, des incisions chirurgicales, des plaies contuses; de préférence, aux orifices des drains, aux endroits où se produisaient des tiraillements par des fils, des brins de charpie. Que les plaies récentes soient plus facilement envahies, il n'y a là rien d'éton-

nant, si l'on songe que des bourgeons charnus peuvent protéger une plaie sur laquelle on dépose un fragment d'exsudat, malgré les propriétés éminemment contagieuses de l'exsudat spécifique.

Dans plusieurs cas, nous voyons la pourriture attaquer la peau saine (du moins en apparence) à une grande distance d'une plaie infectée. N'y avait-il pas là l'érosion microscopique dont M. Rochard admet la nécessité ?

Nous avouons n'avoir fait aucune recherche sur la nature du principe infectieux. Les auteurs sont arrivés d'ailleurs à des résultats bien différents, Burggrave a trouvé des pénicillaires à suçoirs, Billroth des êtres indermines, Lebert des infusoires, Heine des bactéries et des monades. L'hypothèse de Beau est la suivante : ce seraient des microphytes, s'implantant sur les plaies, s'y entourant d'une atmosphère septique à produits ammoniacaux, lesquels produits rendraient fluides les éléments organiques, dissocieraient les éléments cellulaires, et ouvriraient la voie aux germes vers l'intérieur des tissus.

Symptomatologie. — Incubation. — D'après nos observations, elle aurait un minimum de quatre jours pour les plaies récentes exposées à l'atmosphère d'une salle infectée. Pour les plaies anciennes, la durée est absolument indéterminée.

Prodromes. — Les prodromes, si toutefois on peut donner ce nom aux phénomènes qui précèdent l'apparition de l'enduit pultacé, ont bien été ceux que citent tous les auteurs : cuisson, suspension de la sup-

puration, sécheresse de la plaie, rougeur des bords, douleurs vagues, généralement nocturnes.

Nous n'avons à observer que la forme pulpeuse, la plus fréquente ; envahissement rapide de la plaie par les fausses membranes, leur épaisseur, leur consistance comparable à celle de la gutta-percha en feuilles minces, la tendance de la plaie à s'accroître peu en surface, beaucoup en profondeur, comme si elle avait été faite à l'emporte pièce, décollement des bords et leur renversement en dehors.

Les plaies ont présenté de l'extérieur à l'intérieur :

1° Une couche de détritüs putrilagineux, nageant dans un ichor fétide ;

2° Une membrane blanchâtre, résistante, séparant les parties mortes des vivantes et renfermant, d'après tous les auteurs, les germes infectieux.

3° Les parties vivantes oedématiées ;

Dans l'ordre croissant de résistance à la destruction on trouve le tissu cellulaire, les muscles, les vaisseaux, les aponévroses, les tendons et les nerfs. Dans un cas, nous avons vu des filets nerveux disséqués ; conservant leurs propriétés vitales et physiologiques, ils expliquent la douleur produite par les tiraillements, tant que la décomposition gangréneuse n'est pas complète.

La forme pulpeuse a présenté parfois une tendance hémorrhagique.

Les troubles généraux ont toujours suivi l'apparition de l'exsudat. Ils ont présenté des degrés d'intensité très différents. Chez un des malades que nous n'avons pu suivre jusqu'au bout, ils ont donné lieu à

des craintes sérieuses. Contrairement aux observations de Wolff, qui a vu survenir la mort sans que la température eut dépassé 38, 2, nous avons vu fréquemment la température dépasser 39, et la guérison se faire. Les troubles digestifs, plus souvent la constipation que la diarrhée, sont la règle; l'ictère est l'exception; nous ne l'avons vu que dans un cas très grave, coïncidant avec une diarrhée fétide, des sueurs colliquatives, et le délire. Quant à la douleur, qui serait le premier symptôme après l'apparition des membranes, elle a manqué dans quelques cas.

La fièvre et les troubles digestifs ne devraient-ils pas être attribués en partie à un séjour prolongé au lit, dans l'atmosphère nosocomiale?

Le Diagnostic, facile généralement, peut parfois présenter de la difficulté. On a vu des plaies non compliquées de pourriture prendre, sous une influence inconnue, une teinte grisâtre qui peut induire en erreur. En mars 1883, sont entrés à l'hôpital principal deux hommes porteurs de plaies de ce genre; l'un provenait du *Redoutable*, cuirassé dont l'hygiène ne laisse rien à désirer, et n'était pas descendu à terre depuis deux mois. L'autre, ouvrier de l'Arsenal, habitait la campagne. Un traitement peu énergique en eut facilement raison; que serait-il arrivé si ces deux hommes avaient été placés à l'entrée dans la salle affectée au traitement de la pourriture?

Quant au pronostic, il n'est grave que quand les malades ne peuvent pas être soignés dans d'excellentes conditions; dans le cas contraire, la pour-

riture n'a de gravité que celle des lésions sur lesquelles elle se greffe, suivant l'expression de M. le docteur Fontan, professeur agrégé à l'école de médecine navale de Toulon; elle n'y ajoute rien. Nous avons vu certains blessés, atteints de traumatismes énormes (observ. XI), présenter des phénomènes généraux de la plus haute gravité, guérir parfaitement. Nous avons vu dans un autre cas survenir, après un délabrement considérable, de l'érysipèle, presque de la fièvre hectique, et une amélioration des plus rassurantes succéder à cet état de choses.

La guérison a été plus lente chez les sujets porteurs d'engorgements ganglionnaires chroniques ou de cancer. La tuberculose, sur l'enfant de troupe dont nous avons dit quelques mots, a été influencée d'une manière désastreuse.

Chez ce petit malade seulement, nous avons observé une récurrence. N'y aurait-il pas, pour la pourriture comme pour tant d'autres affections, un acclimatement s'obtenant par un séjour prolongé dans l'atmosphère nosocomiale, acclimatement dont cet enfant aurait perdu le bénéfice, en passant trois semaines hors de l'hôpital? Nous voyons, en effet, des blessés guéris de la pourriture, rentrer dans la salle commune et rester indemnes, quoique la porte fut restée largement ouverte à l'infection. Quant aux rechutes sur la plaie ou à distance, dans le cours du traitement, nous en avons fréquemment observé.

Prophylaxie. — Nous n'avons pas à donner ici la formule de l'hôpital modèle. Mais voici ce que, à

notre avis, on pourrait faire pour améliorer cet hôpital, en attendant que son remplacement, décidé en principe, soit effectué. D'ailleurs, Toulon est la sentinelle de la France du côté de l'Italie, et, pendant de longues années encore, cet hôpital peut être appelé à rendre des services.

A. Supprimer les cloisons, dans la mesure du possible. Pour ne pas compromettre la solidité de l'édifice, remplacer les maçonneries par des montants en fer.

B. Le service des blessés étant à l'étage supérieur, donner par le haut de l'air et de la lumière. On a trouvé le moyen de donner de l'air pur aux profondeurs des navires les plus paradoxaux; le problème serait infiniment moins compliqué.

C. Couvrir les murs d'un enduit dur et lisse, qu'on laverait souvent; le badigeonnage annuel à la chaux est insuffisant. Supprimer les tapis et les rideaux.

D. Placer les approvisionnements d'objets de pansement hors de l'hôpital, dans une des nombreuses constructions de l'Arsenal, par exemple. Le détail des hôpitaux ne ferait des demandes qu'à l'épuisement de son stock.

Tràitement. — A. Général. Rien à ajouter à ce qui a été fait (voir notre exposé du début); isoler complètement toutes les fois que ce sera possible.

B. Local. Il comprend plusieurs opérations :

1^o Enlever le détritus putrilagineux de la surface. Laver tous les recoins avec un irrigateur; essuyer avec soin;

2° Enlever la fausse membrane; la disséquer, s'il le faut;

3° Détruire les germes infiltrés à la surface des parties molles. Il est regrettable, dit Beau, que nous n'ayons pas un spécifique contre les germes de cette affection, comme nous avons le soufre pour détruire le sarcopte de la gale. Nous sommes obligés d'employer des agents aveugles, dont nous ne pouvons pas limiter l'emploi; et pourtant il ne faut pas ici craindre de porter sur la plaie une main trop hardie.

Quels sont ces agents? D'après Beau, Rochard et autres auteurs, d'après les observations sus-mentionnées, nous concluons à l'emploi :

De l'iodoforme, dans les cas légers;

Du perchlorure de fer, dans les cas de moyenne intensité. Cet agent a l'avantage d'empêcher la pénétration des germes en coagulant les liquides qui gorgent les parties superficielles de la plaie; ses eschares tombent au bout de 24 heures. Malheureusement, on est obligé d'y revenir souvent, et il est très douloureux. D'où nécessité, au grand détriment du malade, de recourir fréquemment à l'emploi du chloral ou du chloroforme,

Du thermo-cautère dans les cas graves, quand la marche de la gangrène est rapide. Il est regrettable que ses eschares soient longues à se détacher; elles forment une croûte sous laquelle l'enduit se reforme. Son action n'est par limitée d'ailleurs.

Nous repoussons les acides, ayant les inconvénients du perchlorure sans en avoir les avantages; les

mélanges absorbants et détersifs, parce qu'ils forment croûte. Nous devons dire pourtant que le mélange de camphre et de jus de citron, employé sur une plaie débarrassée récemment des fausses membranes, donne de bons résultats.

4° Apaiser la douleur. Compresses froides.

5° Enfermer la plaie dans une atmosphère antiseptique et parfaitement close. Beau, en se servant du coaltar, a obtenu de brillants succès. Nous devons le dire, c'est presque toujours sous un pansement coal-taré que nous avons vu débiter la pourriture. Les autres conditions du pansement préconisé par Beau étaient-elles parfaitement remplies? C'est ce que nous n'oserions affirmer d'une manière absolue.

Quoi qu'il en soit, avec M. Rochard et tous les auteurs les plus modernes, nous donnons la préférence à l'acide phénique. Cette préférence a du reste été pleinement justifiée par les succès obtenus.

Si de ce cas particulier, la pourriture d'hôpital à l'hôpital de la Marine à Toulon, nous passons à l'étude en général de cette affection, nous concluons, avec l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

Que les formes de cette affection sont innombrables ;

Qu'il n'y a pas de traitement local sur lequel on puisse réellement compter ;

Que l'isolement absolu peut seul, dans tous les cas, garantir la guérison.

Nous voyons les derniers malades dont nous avons parlé, et qu'il a été impossible, malheureusement, d'isoler, rester indéfiniment en traitement sans le moindre succès. La pourriture s'est montrée à la suite de pansements phéniqués comme sous le pansement de Beau. Enfin, les agents les plus variés, agissant comme caustiques, désinfectants, ou absorbants, ont été alternativement souverains et impuissants.

VU ET APPROUVÉ

Le Président de thèse,

OLLIER.

VU BON A IMPRIMER

Le doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur,

EM. CHARLES.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et Histologie. — Des épithéliums et de leurs variétés.

Physiologie. — Lymphe. Circulation lymphatique

Physique. — Théorie des sensations auditives et des phénomènes acoustiques qui prennent naissance dans l'organisme humain.

Chimie. — Composés oxygénés et sulfures de l'antimoine.

Zoologie et Anatomie comparée. — Du *tœnia mœdio-canellata*, ses transformations, ses migrations.

Matière médicale et botanique. — Décrire les diverses sortes de gommes. Ovaire — sa nature, ses parties, sa position par rapport aux autres organes de la fleur.

Pathologie externe. — Des abcès par congestion.

Pathologie interne. — Thrombose et embolie.

Thérapeutique. — Ether sulfurique.

Hygiène. — Du mal des montagnes et du mal des aéronautes

Accouchements. — Antéversion et antéflexion de l'utérus pendant le travail.

Pathologie générale. — De la contagion et de l'infection.

Ophthalmologie. — Des lésions anatomiques de la scléro-choroïdite postérieure.

Médecine opératoire. — Des indications et des contre-indications des amputations en général.

Anatomie. — De l'oreille moyenne.

Maladies cutanées et syphilitiques — De la stomatite mercurielle.

Anatomie pathologique. — Des lésions dites tuberculeuses.

Médecine légale. — Distinguer les blessures faites pendant la vie, de celles qui ont été produites après la mort.

Médecine expérimentale et comparée. — Comparaison de la septicémie chirurgicale et des maladies analogues, produites expérimentalement chez les animaux.

Clinique médicale. — Des terminaisons des pneumonies. Valeur clinique des bruits de souffle extra-cardiaques.

Clinique chirurgicale. — De l'ablation sous périostée du calcaneum ; indications et résultats au point de vue du fonctionnement du pied, des plaies pénétrantes de poitrine.

